

② 知的障害者援助技術

生活モデルの内容を医学モデルに比較して整理したうえで、生活モデルの視点からアセスメントを実施する際にどのような情報を収集すべきかを現場の具体的事例に則して述べなさい。

テキストに『医学モデルとは、「医学で用いられる診断や治療の手順を援用して、クライアントへの援助過程を展開しようとする考え方」である。そのため、クライアントを治療を必要とする患者として対象化し、治療的手段を用いた関わりが中心となり、その人の存在、他者や社会との関係への視点は希薄であった。また、クライアントに対する関わりにおいても、援助者が専門家として優位に立ち、極めてパターナリスティックな関係性の中で援助が展開されがちであった。』と書かれている。この医学モデルへの批判から、機能面の障害に着目するのではなく、社会との関係において、いかに障害を受けざるを得ない状況になっているか、いかに生活の質を高めることができるのか、という本人に関わる様々な決定を専門家主導から、障害を持つ当事者自身の手に取り戻すという、当事者主体の生活モデルの重視への転換につながった。

この生活モデルの重視は、1980年のICIDHと2001年のICFとの比較において、読み取ることができる。病気・変調→機能障害→能力障害→社会的不利を、それぞれ健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加に置き換えられている。また、これ以外に個人因子と環境因子が加えられ、障害は障害の原因となる病気・変調からのみもたらされるのではなく、個々人によって、異なる背景の影響を多分に受けるものである。また、原因と

結果が必ずしも一方向に現れるものでなく、ICFを構成する要素は相互に作用しあうものであるとしている。

私の以前の勤め先であった障害者支援施設の担当利用者にAさんという方がいた。子の方は、69歳の男性で、重度の知的障害がある方だった。性格的には、穏やかなところもある反面、こだわりも強く、頑固なところもあり、時折、かんしゃくがみられる方であった。身体状況としては、元々歩行されていた方であったが、転倒したこと等もあり、私の担当時は車椅子を使用されていた。立位になるのは、入浴時と自室での排泄用のバケツを使用する際とベッドから車椅子への移乗時である。健康状態は、前立腺肥大と内痔核のある方であった。痔出血があるため、立位にて尿器を使用した排泄を行っており、それがまた転倒につながるのではないかと危惧していた。私が担当となって1年ほど経過した頃、痔出血が悪化したこともあり、体にあまり負担のかからない手術が行われることになった。手術は幸いに成功し、痔による出血はほとんどみられなくなった。そのような頃に、Aさんは夜間帯、自室において排泄時に転倒され、額に傷を造ってしまうということがあった。幸いに傷は軽傷であったが、もっと早くに対応していれば、転倒は無かったのではと反省した。

そこで、私はAさんの排泄と居室環境を見直す

を見直すことにした。まず、立位にて行っていた排泄はポータブルトイレを使用することにした。そして、車椅子やベッドからの立ち上がりの際は、必ずベッドのL字バーを使うようにと何度も本人と話をし、シミュレーションを行った。また、排泄や起床時の転倒を避けるため、ベッドにコールボタンを設置し、排泄の際など、必ずコールボタンを押して職員を呼んでから職員見守りのもと、行うようにと本人と何度もシミュレーションを行った。本人はこだわりが強く、頑固なところもあるため、この変更は、相当難航するのではないかと思われたが、時間をかけて本人と話し合い、壁に手順を図示し、練習を重ねることで、ボタンを押して職員を呼んでから行えるようになり、その後、転倒はみられなくなった。

それから居室の環境を見直し、転倒リスクを避けるため、段差を小さくするため床のマットをできるだけ薄くし、ベッド柵にクッションを巻いて、もしもの時に怪我の無いようにと環境を整備した。

この事例を参考に、生活モデルの視点からのアセスメントについて考えてみたい。まず、居室

環境の整備は、環境因子の見直しであり、本人のこだわり等、性格的な面に配慮することは、個人因子に配慮した支援につながるのではないかと。また、時間をかけて、本人が納得するまで話し合いをもつことは、利用者の自己決定を尊重することにつながるのではないかと。

また、他の利用者で宝塚を見に行きたいと言った方がいた。その方は、車椅子の方であり、要望を叶えるために、駅のエレベーターや電車の乗り降りの確認、現地でサポートしてくれるボランティアの手配や劇場での車椅子席の確認などを行ったうえで観覧に行った。

この事例のエレベーターや車椅子席やボランティアは、物理的、人的環境に配慮することで、参加につながることもできたと言える。

これまでみてきたことから、物理的環境や社会的環境、人的環境などの環境因子と生活歴や性格、ライフスタイルなどの個人因子を医学的な面である健康状態と共にアセスメントすることで、活動や参加につながり、その方のQOLを高めることになるのではないかと。

講評：

医学モデルと生活モデルの違いについて適切に理解がなされていました。また、事例についても詳細に記述した上で、生活モデルに基づくアセスメントとしてどのような情報を収集すべきなのかが分かりやすく整理されていました。